# ANEXO VI

# LISTA DE DOCUMENTOS

AO

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

RAZÃO SOCIAL: CNPJ:

RESPONSÁVEL DO CNPJ:

RESPONSÁVEL DO DOCUMENTAÇÃO: CONTATO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM EDITAL** | **DOCUMENTOS e ANEXOS** | **SIM** | **NÃO** |
|  | DOCUMENTAÇÃO DO CNPJ |  |  |
| **6.2** | Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I |  |  |
| **6.3** | Registro comercial, no caso de empresa individual |  |  |
| **6.4** | Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores |  |  |
| **6.5** | Inscrição do ato constitutivo no caso de sociedades civis, acompanhada de documentação que identifique a Diretoria em exercício |  |  |
| **6.6** | Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente. |  |  |
| **6.7** | Cópia da cédula de identidade dos sócios administradores |  |  |
| **6.8** | Cópia do CPF dos sócios administradores |  |  |
| **6.9** | Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no Anexo II |  |  |
| **6.10** | Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no Anexo III |  |  |
| **6.11** | Declaração que não possui parentesco consanguíneo ou afim, até 3° grau, com empregados e/ou dirigentes do órgão licitante, conforme modelo constante no Anexo IV |  |  |
| **6.12** | Todos os anexos deverão ser preenchidos em conformidade com o modelo do anexo, devendo inserir os dados do interessado em todos os campos pertinentes, bem como assinar e preencher com os dados lá solicitados, sob pena de não credenciamento |  |  |
| **6.13** | Cartão CNPJ |  |  |
| **6.14** | Comprovante atualizado do endereço indicado no documento de constituição ou alteração da empresa |  |  |
| **6.15** | Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica, emitida com prazo não superior a 60 (sessenta) dias |  |  |
| **6.16** | Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, apresentar o Anexo V – Modelo de Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte |  |  |
| **6.17** | Em caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte apresentar comprovante de opção pelo Simples obtido através do site do Ministério da fazenda |  |  |
| **6.18** | Certidão Negativa da Receita Federal |  |  |
| **6.19** | Certidão Negativa Estadual, independente de ter ou não, inscrição estadual |  |  |
| **6.20** | Certidão Negativa Municipal, a qual, a sede do CNPJ está instalada |  |  |
| **6.21** | Certificado de Regularidade do FGTS |  |  |
| **6.22** | Certidão Negativa da Justiça do Trabalho |  |  |
| **6.23** | Comprovante de endereço do local onde será executada a prestação de serviço |  |  |
| **6.24** | Alvará ou licença sanitária para funcionamento, conforme o caso, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal da sede do licitante do local da prestação de serviço |  |  |
| DOCUMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL | | | |
| **6.26.1** | Cópia do RG | **SIM** | **NÃO** |
| **6.26.2** | Cópia do CPF |  |  |
| **6.26.3** | Cópia do cartão SUS |  |  |
| **6.26.4** | Comprovante de endereço do profissional o qual prestará o serviço |  |  |
| **6.26.5** | Cópia da Carteira Profissional do respectivo conselho da classe |  |  |
| **6.26.6** | Cópia do Diploma de graduação (FRENTE E VERSO) em ensino superior e outros de habilitação à prestação dos serviços credenciados |  |  |
| **6.26.7** | Certificado emitido pelo CRM constando o registro da especialidade pretendida no órgão da classe (Registro de Qualificação de Especialização) |  |  |
| **6.26.8** | Cópia(s) do(s) CERTIFICADO(S) DE ESPECIALIZAÇÃO(ÕES) ou COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA de acordo com a(s) atividade(s) a ser(em) exercida(s), podendo ser substituída por declaração de conclusão de cursos, declaração de conclusão de residência médica na especialização da área pretendida a ser credenciada, declaração ou certidão emitida pelo Conselho pertinente, desde que, devidamente atualizada |  |  |
| **6.26.9** | Cópia do alvará ou licença sanitária do local que prestará o serviço |  |  |
| **6.26.10** | Número do telefone celular e e-mail |  |  |
| DOCUMENTAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO | | | |
| **6.27.1** | Cópia do RG |  |  |
| **6.27.2** | Número do telefone celular e e-mail |  |  |

Campo Mourão – Pr, dia, mês e ano.

ASSINATURA

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA N° CNPJ

NOME REPRESENTANTE LEGAL

CPF REPRESENTANTE LEGAL

RG REPRESENTANTE LEGAL